

К О Н Ф Е Р Е Н Ц И И , С Ъ Е З Д Ы

Доц. Д.В.Шиленок

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ "ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДОВ"

Кафедра госпитальной хирургии (зав. - проф. М.Г.Сачек) Витебского Государственного медицинского института

Москва, октябрь 1997 г.

1-3 октября 1997г. в г. Москве состоялась международная конференция "Повторные реконструктивные операции. Травматические повреждения сосудов" организованная Российским обществом ангиологов и сосудистых хирургов при участии института хирургии им.А.В. Вишневского РАМН и главного клинического военного госпиталя им. А.А. Вишневского.

Интерес к данной проблеме обусловил большое число участников конференции. Ее участниками стали как специалисты из Российской Федерации, Белоруссии, Украины, Узбекистана, Таджикистана, так и из дальнего зарубежья - Великобритании, Франции. Австрии, Швеции, Польши, Латвии.

В работе конференции принял участие генеральный секретарь Европейского общества по сосудистой хирургии Д.Биази. Он ознакомил со структурой и задачами данной организации. По европейским стандартам хирург считается сосудистым, если он выполняет более 50 сосудистых операций в год и у которого более 50% операций выполнено на магистральных сосудах. В Европе 2,8% из всех операций выполняются на сосудах.

Программа конференции включала следующие разделы: повторные реконструктивные операции (хирургическое лечение ложных аневризм, тромбозов, реокклюзий после реконструктивных сосудистых операций, хирургическая тактика при инфицировании сосудистых трансплантатов, рестенозы после ангиопластики); травма-

тические повреждения сосудов (профилактика ошибок диагностики и лечения повреждений сосудов, лечение ятрогенных повреждений сосудов, организация ангиохирургической помощи при травмах сосудов); использование ультразвуковых методов в сосудистой хирургии (ультразвуковая эндартерэктомия в хирургическом лечении окклюзионных заболеваний артерий).

В докладе Гришина И.Н. и соавт. был представлен анализ лечения 82 больных с ложными аневризмами дистального анастомоза после реконструкции аорто-бедренного сегмента. Отмечено, что все больные с ложными аневризмами анастомозов должны подлежать хирургическому лечению с повторной реконструкцией (но не ушиванием дефекта) дистального анастомоза и восстановлением проходимости периферического русла. Данными авторами также отмечено, что при несостоятельности проксимального анастомоза (12 наблюдений) после аорто-бедренных реконструкций в первые сутки допустимо ушивание дефекта и анастомоза, но при развитии инфекции и формировании ложной аневризмы показана перевязка аорты, удаление протеза и экстранатомические реконструкции для восстановления кровотока в конечностях.

Зверхановская Т.Н. сообщила о результатах использования у 972 больных атеросклеротическими окклюзирующими поражениями нижних конечностей различных видов эндоваскулярных вмешательств (механическая, лазерная и роторная реканализация в сочетании с баллонной ангиодилатацией). Технический успех достигнут у 98% больных. В аналогичном докладе Кокова Л.С. и соавт. сообщено о 96,2% положительных результатов различных методов эндоваскулярной реканализации артерий.

Шломин В.В. и соавт. в своем докладе отметили, что при профилактике послеоперационных тромбозов и эмболий с помощью гепарина могут возникнуть осложнения. Лечение гепарином может спрово-

вождаться развитием индуцируемой им тромбоцитопении и повышением агрегационной способности тромбоцитов, с чем могут быть связаны вторичные геморрагии и “рикошетные” тромбы. Для своевременного выявления этих осложнений необходимы не только анализ гемокоагуляции, но и содержания тромбоцитов в крови с оценкой их спонтанной и индуцированной агрегации. При развитии индуцируемой гепарином тромбоцитопении часто удается продолжить антитромботическую терапию и профилактику путем перевода больных на лечение низкомолекулярным гепарином (фраксипарином).

При анализе результатов лечения травматических повреждений сосудов в многочисленных докладах сделаны выводы, что улучшение результатов экстренной сосудистой хирургии напрямую связано с максимально в короткие сроки привлечением к операции ангиохирурга. Подчеркивалась необходимость обучения хирургов общего профиля умению мобилизации магистральных сосудов, методики наложения бокового шва и заплаты на артерию.

Макарова Н.П. и соавт. проанализировали 68 случаев временного внутрисосудистого протезирования при травмах магистральных артерий. Авторы пришли к выводу, что данный метод следует применять в исключительных случаях при реальной угрозе необратимой ишемии конечности или отсутствии возможности оказания специализированной помощи в сроки 4-6 часов и более. Использование внутрисосудистого протезирования из подручных материалов неопытными хирургами приводит к еще большей травме сосуда, продолженному тромбированию артерии и прогрессированию ишемии конечности. Хорошие результаты могут быть только в случае применения сосудистого протеза с гепаринизированной стенкой, которые не выпускаются отечественной промышленностью.

Определенную группу составили сообщения о лечении повреждений сосудов у наркоманов. Механическая травма кровеносных сосудов в результате постоянного введения наркотических веществ отличается многооб-

разием клинических форм и проявлений. Другой особенностью является микробное загрязнение раны, усугубляющее течение заболевания. Носительство больными таких опасных инфекций, как СПИД, вирусный гепатит обостряет проблему защиты хирургов во время операции.

Приятной новостью для ангиохирургов стали сообщения о положительных апробациях выпускаемых НПК “ЭКОФЛОН” в Санкт-Петербурге сосудистых протезов из политетрафторэтилена (ПТФЭ). Они мягче и в большей степени, чем текстильные, напоминают естественный кровеносный сосуд, что позволяет их использовать для реконструкции не только аorto-бедренного, но и бедренно-тибиального сегмента. Несмотря на наличие многочисленных пор, стенка протеза кровенепроницаема и в то же время доступна для прорастания тканями живого организма. В протезе со временем образуется тонкое внутренне покрытие (псевдоинтима), прочно соединенная с тканями организма. По оценкам ведущих специалистов лучших заменителей кровеносных сосудов в ближайшие 10-15 лет не ожидается. Необходимо отметить, что стоимость российских сосудистых протезов из ПТФЭ в 5-6 раз дешевле аналогичных зарубежных.

Бержерон П. и соавт. (Франция) привели данные каротидного стентирования у 60 пациентов. В ближайшие сроки не отмечалось летальных исходов, острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), у 4% пациентов наблюдались транзиторные ишемические атаки (ТИА). В отдаленные сроки, после 5 лет, рецидив наблюдался у 4% пациентов, ОНМК не было, ТИА возникли в 4% случаев, проходимость реконструированных артерий составила 98%. Стентирование является альтернативной операцией у определенной категории больных.

Дротт К. и соавт. (Швеция) доложили об опыте лечения у 640 пациентов патологической гиперемии лица методом торакоскопической симпатикотомии. В 85% больные были удовлетворены результатом, 15% до некоторой степени не удовлетворены и 2% сожалели о выполненной операции.